

送信先:岡山県社会福祉協議会 福祉人材支援班 長田(ながた) 宛

FAX 番号 086-226-3557

送付状は付けずに、FAXにて提出して下さい。

令和6年9月9日(月)～9月17日(火)の間にFAXして下さい。

受講番号	-	グループ番号		氏名
事業所名				
対象利用者の概要	<input type="checkbox"/> 入所・居住系サービス		<input type="checkbox"/> 通所系サービス	※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>
実習協力者への説明状況 (カンファレンス等の状況)				
	資料名	作成済み <input checked="" type="checkbox"/>	作成する上で苦労したこと	
資料作成状況	職場実習用アセスメントシート(別紙1)			
	ケア実践計画書(別紙2)			
	職場実習計画書及び実践報告書(別紙3)			
これからの実践上で工夫したいこと				
<input type="checkbox"/> 講師からの助言を希望 (必要な方はチェック <input checked="" type="checkbox"/> して、講師に聞きたい内容を具体的記入し、連絡方法として連絡先の電話番号・メールアドレス・連絡希望時間帯等を併せてご記入ください。グループ担当の指導者より連絡いたしますので、着信番号が知らない番号の場合がございますので、ご注意ください)				

※ ボールペンで、濃く読みやすい字で記入してください。